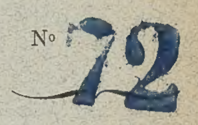
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 # THÈSE No 

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

M. CORTIN

Né à Pontfaverger (Marne), le 23 mars 1883

De la Thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge

Président : M. SEGOND, *professeur*.

Juges : MM. RECLUS, ROGER, *professeurs*. M. LABBÉ, *agrégé*.

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, rue de l'Éperon, 9

1909

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10cm

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 8 Décembre 1909, à 1 heure

PAR

M. CORTIN

Né à Pontfaverger (Marne), le 23 mars 1883

De la Thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge

Président : M. SEGOND, *professeur*.

Juges : MM. RECLUS, ROGER, *professeurs*. M. LABBÉ, *agrégé*.

PARIS

H. CHACORNAC, ÉDITEUR

9, rue de l'Éperon, 9

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière medicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine
et des Hôpitaux de Reims :

Messieurs les Docteurs HENROT, HARMAN,
LANGLET, COLLEVILLE, De BOVIS.

A mes Maitres dans les Hôpitaux de Paris :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBIN,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SÉBILEAU,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN.

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE LA SALPÉTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Parmi les complications de l'uréthrite blennorrhagique, la phlébite des membres a été signalée et décrite par Blumenfeld et Hoffmann, Heller, Schroter, Sasserath, en Allemagne, par Jullien et Guiard, en France.

Dans un travail récent, Zésas, à propos d'une observation personnelle, a pu réunir 68 observations de thrombo-phlébite blennorrhagique des membres.

Relativement à la pathogénie de ces phlébites, Zésas rappelle les deux hypothèses que l'on peut émettre :

1° Le gonocoque peut se propager des veines de la verge aux veines hypogastriques, iliaques externes, fémorales et saphènes;

2° Ou bien l'agent phlogogène, lancé dans la circulation, s'arrête dans les *vasa vasorum* des veines sur un point favorable et y développe ses qualités pathogènes.

Si la première hypothèse est la plus sim-

pie, elle semble aussi être la plus vraisemblable. D'après les constatations de Tédenat et de Wertheim, le gonocoque passe de la muqueuse uréthrale dans les capillaires veineux et, de là, va infecter les troncs veineux afférents.

Mais quand il a fait effraction dans le système veineux, quand ses toxines y ont pénétré, il peut déterminer l'inflammation des veines de la verge et leur oblitération thrombosique.

C'est cette complication : *la Thrombophlébite blennorrhagique des veines de la verge*, que nous nous sommes proposés d'étudier, à l'occasion d'une observation inédite.

Les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont fourni que peu de documents, à part quelques articles récents. On est en droit de s'étonner que cette complication soit passé inaperçue. Ce fait s'explique de deux façons à notre avis :

1° La phlébite des veines de la verge peut être méconnue lorsqu'elle est peu accentuée: l'œdème déterminé par l'oblitération veineuse est confondu avec un œdème inflammatoire banal que l'on rattache à la balanoposthite ;

2° Dans d'autres cas, les symptômes sont plus accentués, mais alors on pense plutôt à la lymphangite de la verge si fréquente au cours de la blennorrhagie.

Nous souhaitons que ce modeste travail attire l'attention sur cette complication de la blennorrhagie, qui, pour nous, ne doit pas être très rare.

Historique

La littérature médicale est pauvre en ce qui concerne les thrombophlébites des veines de la verge au cours de la blennorrhagie. Nos recherches bibliographiques ne nous ont donné que peu de renseignements sur cette complication qui, nous l'avons dit plus haut, doit être fréquente.

Néanmoins,si on lit attentivement les ouvrages anciens, on voit que la phlébite des veines de la verge a été mentionnée au cours de la blennorrhagie.

En 1836, DESRUELLES, dans ses *Lettres* et son *Traité des maladies vénériennes*, cite, parmi les complications de la blennorrhagie aiguë ou chronique, la balanite, la balano-posthite, et enfin la phlébite de la veine dorsale du pénis; il donne une description détaillée de cette dernière.

« Cette phlegmasie siège à la veine dorsale de la verge ou dans toutes les ramifications de cette veine. Dans le premier cas, on sent sur le trajet du vaisseau, un corps dur, allongé, noueux qui quelquefois se termine au pubis et que dans quelques circonstances on peut suivre jusque dans les aines.

« Dans ce cas il y a toujours des ganglions engorgés, mais rarement on observe de véritables adénites.

« Cette *corde noueuse* fait saillie sous la peau dont la couleur n'a pas changé: le prépuce n'est pas enflammé; on remarque à sa base un gonflement insolite de couleur rosée et une légère œdématie qui ne conserve pas l'empreinte du doïgt, mais est résistante.

« On voit assez souvent à l'endroit des nœuds, qui sans doute répondent aux valvules, une irritation plus vive et il n'est pas rare qu'il s'y forme de petits abcès.

« Si la phlébite s'étend à la verge et qu'elle siège dans les ramifications veineuses, le membre viril se gonfle, prend une couleur violacée et alors il se manifeste des abcès considérables qui dissèquent toute la peau ».

En 1854, Desruelles, dans *son Traité de la blennorrhagie uréthrale*, confirme la description qu'il avait antérieurement donnée de la phlébite des veines de la verge; il insiste sur ce fait que l'adénite, inconstante du reste, témoigne d'une participation des vaisseaux lymphatiques, opinion que les recherches récentes de Voss semblent confirmer, comme nous le verrons à propos de l'anatomie pathologique et de la pathogénie.

Desruelles mentionne aussi la phlébite du pé-

nis, complication grave qui peut entraîner la gangrène.

En 1866, GOURIET (de Niort) relate une observation d'abcès de la verge survenu au cours d'une blennorrhagie; la description qu'il en donne semble bien en faveur d'un abcès phlébitique d'une des veinules qui longent le frein.

En 1877, DEMARQUAY dans son *traité des maladies chirurgicales du pénis,* reproduit la description de Desruelles. Décrivant les angioleucites et les lymphangites du pénis, il montre les caractères qui permettent de distinguer la lymphangite tronculaire de la phlébite de la veine dorsale.

« S'il existe un cordon volumineux sur la face dorsale de la verge, les troncs lymphatiques étant beaucoup plus petits que la veine, il y a lieu de supposer que c'est cette dernière qui est affectée. En second lieu si le cordon se trouve exactement sur la ligne médiane,il est supposable qu'il est dû à la veine plutôt qu'à un tronc lymphatique: la direction de la veine étant fixe, invariable, tandis que les troncs lymphatiques peuvent se trouver aussi bien sur les côtés que sur la ligne médiane. Enfin, troisièmement, si le cordon s'enfonce au devant du pubis derrière les corps caverneux, comme les troncs lymphatiques se portent vers les aines en longeant le pénil. c'est une raison de plus pour admettre qu'il est formé par une veine.

Un peu plus loin Demarquay ajoute:

« S'il s'agit d'un vaisseau lymphatique, il pourra être saisi en entier tandis qu'on ne peut en aucun cas, sentir la paroi inférieure de la veine qui repose sur la gouttière intercaverneuse. »

Demarquay, comme Desruelles signale la possibilité d'abcès phlébitiques.

En 1862 RICHET et VOILLEMIER rapportent chacun une observation de phlébite des veines caverneuses, avec autopsie.

En 1891, NOGUEZ publie un cas de phlébite périprostatique au cours d'une blennorrhagie, mais sans participation des veines de la verge. Par contre, la même année, KÖHLER décrit un cas de gangrène du pénis par thrombophlébite consécutive à un abcès blennorrhagique de la prostate

Plus près de nous, si nous consultons les ouvrages qui ont trait à la blennorrhagie et à ses complications, nous ne trouvons que peu de renseignements sur la thrombophlébite des veines de la verge.

GUIARD, en 1898, dans son travail sur les *complications locales et générales de la blennorrhagie*, ne consacre que quelques lignes à la complication qui nous occupe:

« C'est une complication très rare dont on a cependant rapporté quelques exemples. Elle peut porter sur la veine dorsale de la verge et sur les veines caverneuses. »

Jullien, en 1906, rappelle simplement les observations de Richet et Voillemier, mais n'apporte aucun document nouveau.

La même année, Jadassohn, dans un remarquable exposé des complications de la blennorrhagie, ne signale même pas les thrombophlébites de la verge.

Cependant plusieurs observations isolées ont été publiées depuis 1900.

Batut, dans le *Journal des maladies vénériennes et cutanées*, et dans le *Lyon médical*, publie une intéressante observation de gangrène du gland, du prépuce, et de l'urèthre antérieur consécutive à une phlébite blennorrhagique des corps caverneux.

En 1905, Voss, publie un cas de thrombophlébite des veines dorsales du pénis. Son observation présente un intérêt considérable, puisque l'examen anatomo-pathologique des vaisseaux thrombosés a pu être pratiqué. C'est du reste le seul cas de ce genre et nous verrons l'importance de cette observation au point de vue anatomique et pathogénique.

En 1908, Payenneville, publie un mémoire intéressant sur les thromboses blennorrhagiques de la verge. Il apporte trois observations de cette complication et insiste sur ce fait qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croit.

Les travaux publiés sur la phlébite blennorrhagique, à savoir les thèses de Stratigopoulos

(1883), de Espagnac (1896), de d'Acheux (1898), l'article de Gouget (1895), ont trait à la phlébite des membres, mais ne nous apprennent rien sur les phlébites des veines de la verge.

Sasserath, Heller, en Allemagne, étudient minutieusement la phlébite blennorrhagique des membres. Heller en réunit 44 cas, et, sur ces cas, il signale une observation de phlébite de la veine dorsale de la verge, mais sans en indiquer la source.

Etant donné que la phlébite des veines profondes de la verge peut entraîner la gangrène, nous avons passé en revue les travaux parus sur la gangrène du pénis.

Merle, signale la gangrène par athérome et rappelle l'observation typique de Reclus, mais ne parle pas des gangrènes par oblitération veineuse.

Dans le travail récent de Tédenat et Martin sur les inflammations gangréneuses du pénis, la thrombophlébite des veines de la verge n'est pas signalée comme cause de gangrène, bien qu'une des observations de Tédenat puisse logiquement être considérée comme appartenant au groupe des gangrènes par oblitération veineuse.

Anatomie du système veineux de la verge

Les veines de la verge comprennent un système superficiel et un système profond séparés l'un de l'autre par le fascia pénis. Il y a des anastomoses constantes entre les deux systèmes.

Le système veineux superficiel naît de fines veinules de l'extrémité antérieure du prépuce: Ces radicules se portent en bas et en arrière sur les côtés du frein, puis remontent les parties latérales de la verge et gagnent la face dorsale où elles s'unissent sur la ligne médiane pour former un tronc commun, en général médian et impair, tronc sous cutané qui reçoit chemin faisant les veinules des enveloppes superficielles; c'est la *veine dorsale superficielle de la verge:* parfois cette veine est double; dans ce cas les deux veines sont parallèles et unies par des anastomoses dont l'une est constante, à la partie antérieure.

Arrivée au ligament suspenseur, elle peut rester unique et se jeter dans l'une ou l'autre veine saphène interne, plus souvent dans la gauche. Elle peut aussi se bifurquer, chacune des deux

branches de bifurcation allant se jeter dans la saphène interne correspondante.

Il existe aussi un certain nombre de veines de la partie postérieure de la face inférieure qui se rendent directement aux veines du scrotum.

Le système veineux profond naît des lacunes du tissu caverneux: les mailles communiquent toutes entre elles. Aussi se trouvent-elles entièrement gonflées dans le cas d'une obstruction veineuse placée en amont, ce qui correspond à l'injection poussée en un point quelconque du tissu caverneux. Le tissu caverneux donne naissance à deux groupes de veines: 1° des veines périphériques qui traversent l'albuginée, les antérieures allant avec les veines du gland se jeter dans la veine dorsale profonde, les postérieures se jetant plus loin dans la même veine dorsale profonde après avoir traversé l'albuginée.

2° des veines centrales qui, nées de la partie postérieure, côtoient l'artère, se portent en dedans, en bas et en arrière, et aboutissent en partie au plexus de Santorini, en partie à la veine honteuse interne.

Les veinules antérieures nées du gland se portent en arrière et forment dans le sillon balano-préputial un plexus rétro-balanique droit et gauche. Ce sont ces plexus qui, convergeant en haut et en arrière donnent naissance à la veine dorsale profonde. Celle-ci chemine dans le sillon dorsal au-dessous du fascia pénis, médiane et

impaire. Elle est côtoyée par deux artères. Elle reçoit des affluents de la partie antérieure des corps spongieux et caverneux: les veines supérieures du corps caverneux, veines qui sortent de ce dernier en perforant la paroi supérieure et aboutissent presque immédiatement à la dorsale; des rameaux latéraux qui contournent les corps caverneux parallèlement aux artères et reçoivent le sang de la face inférieure du corps caverneux et de la face supérieure du corps spongieux (veines circonflexes de Kohlrausch).

La veine dorsale devenue alors très volumineuse passe entre les faisceaux du ligament suspenseur, puis s'engage sous le ligament sous-pubien entre lui et le ligament transverse du pelvis, et vient se jeter dans le plexus de Santorini.

En dehors de la veine dorsale quelques troncs veineux, nés de la partie postérieure du bulbe et de la face inférieure de la portion juxta-bulbaire du corps spongieux ainsi que de la partie postérieure du corps caverneux, se portent directement en arrière vers le périnée et se divisent en deux groupes. L'un se jette dans le plexus de Santorini, l'autre forme une des origines de la honteuse interne.

Pour Ziegler et Guépin la veine dorsale profonde du pénis a un autre aboutissant dans le plexus vésico-prostatique et il est intéressant, pour nous, de noter ces relations anatomiques entre la circulation veineuse de la verge et celle

de la prostate, puisque nous avons recueilli des cas de thrombophlébite du système veineux profond à la suite d'abcès de la prostate.

D'après les auteurs précédents il faut d'abord distinguer un plexus veineux prostato-vésical, bien différent du plexus de Santorini qui est audessus de lui, et des plexus séminaux et hémorrhoïdaux, avec lesquels d'ailleurs il s'anastomose largement en avant, en arrière et en bas.

Le plexus vésico-prostatique n'est point inextricable, mais présente une certaine régularité dans le nombre, le volume et les rapports de ses grosses branches et peut être suivi dan ses rameaux les plus ténus.

Il est entièrement massé à la face antérieure de la glande, la face postérieure étant remarquablement dépourvue de rameaux veineux macroscopiquement appréciables.

Les veines de ce plexus ont leurs origines dans la verge, la prostate et la vessie. Elles forment une sorte de quadrilatère.

C'est sur le côté inférieur de ce quadrilatère qu'aboutit la veine dorsale profonde de la verge, et c'est ainsi qu'elle se termine. Les deux angles inférieurs donnent naisance aux veines honteuses internes, branches de l'hypogastrique. Les côtés latéraux sont formés par des veines venant de ces mêmes honteuses internes et les unissant aux hémorrhoïdales moyennes qui partent des angles supérieurs dudit quadrilatère. Ainsi se trouve

encerclée la face antérieure de la prostate. Ce quadrilatère reçoit en outre les veines intralobulaires de la prostate qui cheminent dans la trame musculo-conjonctive du lobule sous forme de fins réseaux fréquemment anastomosés entre eux. Enfin il reçoit les veines vésicales antérieures qui de la sorte aboutissent aux hémorrhoïdales moyennes, sources, directes ou non, de la veine porte.

Les auteurs font remarquer que ce plexus étant une région d'anastomoses importantes entre les systèmes porte et cave inférieur, les troubles de la circulation veineuse du petit bassin et de l'abdomen peuvent retentir sur ce carrefour. De même les troubles veineux au niveau de ce carrefour peuvent retentir sur la circulation veineuse de la verge qui, en grande partie, en est tributaire.

Anatomie pathologique et bactériologie

L'anatomie pathologique des thromboses blennorrhagiques des veines de la verge est assez mal connue. Néanmoins, dans la phlébite profonde, complication assez souvent mortelle, comme nous verrons, l'examen anatomo-pathologique a pu être pratiqué plusieurs fois.

I. — Phlébite profonde

Il est à remarquer que dans cette variété la phlébite profonde s'accompagne d'autres lésions traduisant une sorte d'état septicémique dans lequel se trouvent les malades.

Lésions des veines. — Les observations de RICHET et VOILLEMIER sont pauvres en documents anatomo-pathologiques. Néanmoins à l'autopsie de leurs malades on trouva les veines caverneuses oblitérées par des caillots; ceux-ci se prolongeaient jusque dans les plexus vésicaux et prostatiques (Richet). Chez le malade de KÔHLER on trouva une thrombose de toutes les veines entou-

rant la prostate et se propageant aux veines honteuses.

Les corps caverneux augmentés de volume, épaissis, contiennent un sang noir, poisseux, mêlé de caillots rougeâtres et présentant des stries purulentes.

A côté de ces lésions de phlébite locale, il faut signaler la coexistence de *manifestations phlébitiques à distance*, de phlébites de la saphène, de phlébite des veines tibiales postérieures.

En somme ces lésions sont bien celle des phlébites septiques, des phlébite suppurées.

Nous n'insisterons pas sur les lésions de gangrène, conséquence de la thrombose veineuse. Elles seront étudiées à propos de la symptomatologie.

Au point de vue bactériologique il s'agissait bien là de phlébites d'origine gonococcienne: Dans le pus venant de l'urèthre, Batut a constaté de nombreux gonocoques intra et extra cellulaires ainsi que quelques cocci indéterminés.

II. — Phlébite superficielle

Les documents anatomo-pathologiques manquent. Ce n'est que dans le cas de Voss, où un fragment de la veine thrombosée fut excisé, que l'on peut trouver des renseignements.

Nous donnerons en détail les résultats de l'examen anatomo-pathologique de Voss.

La pièce cylindrique excisée a été durcie à la formaline et à l'alcool et incluse dans la paraffine. Elle a été colorée avec l'hématoxyline-éosine et l'hématoxyline Van Gieson. Les veines forment ainsi une préparation très belle et très instructive. De plus on colore la fibrine et les bactéries avec le bleu de méthylène d'Unna.

A la coupe, la pièce a une forme ovoïde. Sa longueur est de 1cm 1/2 et sa plus grande largeur 1/2cm. A la partie superficielle de la bride, on constate macroscopiquement déjà une consistance plus épaisse et plus résistante.

Microscopiquement, on constate que la bride excisée renferme tout un petit faisceau de vaisseaux, situés en partie dans du tissu conjonctif dense et infiltré de petites cellules, et en partie dans du tissu conjonctif spongieux.

Dans la partie de la bride située plus près de la peau (nous avons mentionné plus haut que macroscopiquement déjà on trouvait une consistance plus forte à cette partie) on voit trois vaisseaux thrombosés très rapprochés l'un de l'autre et la structure histologique de leur paroi ne permet pas de douter que ce soient des veines. Tout autour des parois de ces vaisseaux, on constate une infiltration cellulaire épaisse (à petites cellules), qui non seulement arrive condensée aux parois vasculaires, mais passe à travers ces parois en dissociant leurs éléments, notamment en détruisant leur tissu élastique. Cette infiltration

se trouve en connexion avec les thrombus plus ou moins organisés. La thrombose même se présente à différents stades. Les deux veines supérieures sont encore faciles à traverser, à supposer que le rétrécissement causé par le durcissement et la rétraction des thrombus ne soit aussi un obstacle au-devant de la paroi vasculaire. Le calibre de la veine à la partie centrale présente la forme d'une faucille, tandis que à la partie supérieure il n'y a plus qu'une toute petite fente le long de la paroi. Celui des trois vaisseaux thrombosés qui est le plus profondément situé est fermé complètement par un thrombus entièrement organisé. Les thrombus dans les deux veines supérieures ont un noyau leucocytaire particulièrement net au milieu du vaisseau ; ce noyau est entouré d'un revêtement fibrineux traversé par des érythrocytes et quelques leucocytes. Le thrombus organisé de la veine située le plus profondément présente un réseau de tissu conjonctif délicat et de nouvelle formation, avec des cellules épithéliales dont le noyau a une forme vésiculaire et est faiblement coloré, ainsi que des leucocytes peu abondants. Çà et là on aperçoit des processus de vascularisation. Les parois des veines ne sont que partiellement intactes; autour des veines totalement thrombosées se trouvaient deux anneaux concentriques d'éléments élastiques relativement bien conservés avec la tunique musculaire.

Quant aux deux veines qui présentent des thrombus plus récents, leur paroi est détruite complètement çà et là par l'infiltration microcellulaire du voisinage, par disparition ou pénétration réciproque des éléments faisant partie intégrale de la paroi. Les artères, de même que les veines dans la partie plus profonde de la bride, qui elle ne présentait pas d'infiltration cellulaire, ne présentaient pas d'altération pathologique, et en particulier les parois ne présentaient aucune différence avec des parois normales. »

Pathogénie

Etant donné le petit nombre d'observations que nous avons pu réunir et l'absence, à peu près complète, de documents anatomo-pathologiques, il est difficile de préciser la pathogénie des oblitérations thrombosiques des veines de la verge au cours de la blennorrhagie.

Du reste, le mécanisme de la thrombose ne semble pas être le même dans les phlébites superficielles et dans les phlébites profondes.

I. — Thrombose profonde

On peut envisager deux hypothèses:

1° L'infection directe partie de la muqueuse et transmise aux corps caverneux semble, au premier abord, le mécanisme le plus simple.

Néanmoins les observations de thrombose profonde que nous rapportons ne semblent pas en faveur de ce mécanisme. Comme le remarque justement Batut, à propos de son malade, il ne s'agit vraisemblablement pas d'une lésion de voisinage puisque, dans son cas, l'uréthrite était restée latente, n'avait pas effleuré les corps ca-

verneux depuis les 18 mois écoulés à partir de l'infection.

2° Si nous envisageons les observations récentes, pour lesquelles un examen anatomo-pathologique a été pratiqué, nous voyons que la thrombose profonde et sa conséquence, à savoir la gangrène, ne s'est pas montrée d'une manière immédiate. Dans les observations de BATUT, KÖHLER et TÉDENAT, nous voyons que la blennorrhagie uréthrale s'accompagnait de signes de septicémie, de gonococcémie.

C'est ainsi que chez le malade de BATUT on constata de l'arthrite blennorrhagique, puis une phlébite blennorrhagique de la saphène et des veines tibiales postérieures. Ce n'est qu'à la suite de ces accidents, qui témoignent de l'infection générale dans laquelle se trouvait le malade, qu'est apparue la phlébite caverneuse avec ses conséquences.

Chez les malades de KÖHLER et TÉDENAT nous voyons que la phlébite caverneuse et la gangrène qui en fut la conséquence ne surviennent qu'à la suite d'un abcès de la prostate.

Dans ces 3 cas la première hypothèse que nous avons émise ne semble pas de mise et nous sommes obligés d'admettre la production d'une phlébite caverneuse par le mécanisme de *la thrombose rétrograde.*

C'est du reste l'opinion de ces auteurs: BATUT conclue à une embolie gonococcienne des veines

du corps caverneux, avec sphacèle secondaire de ces derniers, du gland, et de l'urèthre. KÖHLER, d'après les constatations faites à l'autopsie et relatées plus haut, conclue également à une phlébite périprostatique ayant entraîné secondairement la thrombose des veines afférentes, c'est-à-dire des veines du pénis,, d'où gangrène de la verge, septicémie généralisée.

Dans l'observation de TÉDENAT, qui présente bien des analogies avec celle de KÖHLER, les constatations faites lors de l'intervention chirurgicale semblent bien en faveur d'une phlébite périprostatique avec thrombose rétrograde atteignant les veines du pénis.

C'est donc ce mécanisme de la thrombose rétrograde que, jusqu'à plus ample informé, nous devons admettre en nous basant sur les observations relatées.

II. — Thrombose superficielle

Ici encore il y a lieu d'envisager deux hypothèses.

1°. — Le gonocoque primitivement localisé à la muqueuse uréthrale envahit le système capillaire sous-muqueux et de là les veines superficielles du pénis. Si ce n'est pas le gonocoque lui-même, ce sont ses toxines qui iraient déterminer l'endophlébite. Cette hypothèse est vraisemblable mais

il nous est impossible d'en donner une démonstration directe. On sait du reste que la présence du gonocoque dans le sang est exceptionnelle et que l'hémoculture est en général négative. Chez un des malades de Payenneville, on fit un prélèvement du sang dans une veine voisine de la verge enflammée l'examen direct fut négatif ainsi que la culture. Faisons remarquer néanmoins qu'il serait inopportun de tirer des conclusions de ce seul examen, étant donnée la difficulté que l'on éprouve à cultiver le gonocoque.

2° — La deuxième hypothèse est basée sur les constatations anatomo-pathologiques faites par Voss. C'est en se basant sur l'examen des coupes de vaisseaux thrombosés que cet auteur formule relativement à la pathogénie les conclusions suivantes :

« La thrombophlébite blennorrhagique des veines dorsales du pénis à pris naissance par la continuation directe de l'inflammation sur les voies lymphatiques jusqu'aux parois vasculaires. L'infiltration, s'avançant par les voies lymphatiques jusqu'à la paroi vasculaire, a d'abord atteint les vaisseaux capillaires, puis la paroi, dans son intégrité, a déterminé une endophlébite et occasionné ainsi une thrombophlébite des veines ».

Voss, du reste, fait remarquer que son examen histologique laisse subsister un doute. Les infiltrations en forme de brides que l'on peut observer dans la blennorrhagie aiguë et que, jus-

qu'ici on prenait pour de la lymphangite gonococcienne, sont-elles réellement des lymphangites vraies ?

Il admet qu'il existe très certainement des lymphangites, mais que souvent il peut s'agir de thrombophlébites.

« Comme, jusqu'à présent, il n'existe point de recherches histologiques et que c'est très rarement que l'on pourra soumettre le substratum à un examen histologique, il n'est donc pas très étonnant que les infiltrations en forme de bride, à la face dorsale du pénis dans la blennorrhagie aiguë, puissent être prises pour des cordons lymphangitiques ».

En outre Voss continue son argumentation en faveur de l'infection veineuse, en comparant son étude à celle de Koch sur la syphilis primaire. Koch dit dans son travail sur les Bubons syphilitiques: « Il y a bien des modifications dans les vaisseaux sanguins, mais rien qui puisse passer pour des lésions de vaiseaux lymphatiques ». Il conclut en disant : « Nous pouvons admettre que dans ces brides lymphangitiques, les vaisseaux lymphatiques ne font que montrer le chemin aux processus d'infiltration, mais que ce chemin est réservé aux vaisseaux sanguins ».

Unna et Auschpitz combattent, eux aussi, la parenté entre cette bride lymphangitique et la circulation lymphatique.

Pour Koch, on aurait une maladie primor-

diale de la tunique externe des vaisseaux, qui gagne leur lumière par une infiltration spéciale, en sorte ~~que~~ la bride lymphangitique ne serait qu'une continuation directe de la sclérose.

Plus récemment Ehrmann, d'après ses préparations de prépuce injecté, a conclu que la circulation lymphatique prend part aux processus de sclérose initiale, mais il ajoute que les capillaires sanguins jouent aussi un rôle important.

On peut donc résumer la deuxième hypothèse en disant: *lymphangite primitive périvasculaire, thrombophlébite consécutive.* Et voici comment Voss termine son article :

« Il est certain que la blennorrhagie, dans ses complications, a plus d'affinité pour les vaisseaux sanguins que pour les vaisseaux lymphatiques. Que l'on pense, par exemple, combien il est rare de trouver, même dans la blennorrhagie suraiguë, la concomitance du ganglion inguinal voisin ».

Symptomatologie

La symptomatologie des thrombo-phlébites des veines de la verge varie évidemment suivant que le système superficiel ou profond est atteint. Il est donc nécessaire de décrire une thrombo-phlébite profonde et une thrombo-phlébite superficielle.

I. — Thrombose profonde

D'après les observations relatées plus loin, on voit que la thrombose des veines profondes de la verge a une symptomatologie très spéciale et qu'on peut la considérer comme évoluant en plusieurs phases.

Dans une première phase les malades présentent des signes d'infection veineuse généralisée, de septicémie gonococcique, ou bien ils présentent un foyer de suppuration pelvienne d'origine blennorrhagique.

Dans l'observation de Batut on nota chez le malade une poussée de rhumatisme blennorrhagique, puis une phlébite gonococcique de la veine saphène interne et des veines tibiales postérieures du côté droit.

Dans les observation de KÖHLER, de Tédenat, les malades présentaient un abcès de la prostate survenu, soit au cours d'une blennorrhagie aiguë (TÉDENAT), soit au cours d'une blennorrhagie chronique (KÖHLER). Dans une deuxième phase se produit l'oblitération des veines efférentes du pénis: la thrombose des veines caverneuses est alors réalisée et ce sont ses symptômes et ses conséquences qu'il nous faut étudier.

Dans les observations que nous rapportons, les symptômes de phlébite oblitérante sont à peine esquissés. C'est, en effet, qu'ils sont masqués par les phénomènes de gangrène.

Néanmoins on peut dire que les premiers symptômes consistent en douleurs vives avec élancements dans la verge (TÉDENAT, KÖHLER), avec irradiations dans la région périnéale (KÖHLER).

Rapidement la verge devient énorme, tuméfiée. Cette augmentation du volume de la verge tient d'une part à l'œdème des tissus lâches superficiels, d'autre part à l'augmentation de volume des corps caverneux dont on sent le segment périnéal atteignant le volume du doigt (TÉDENAT).

L'augmentation de volume des corps caverneux peut se faire progressivement sans participation du corps spongieux: le gland flasque et mou contraste avec la rigidité des corps caverneux (RICHET).

L'érection persistante, rebelle à toute thérapeutique, est la conséquence naturelle de la cavernite.

Faisons remarquer que dans l'observation de Batut ces phénomènes sont passés inaperçus et que la gangrène a été le premier symptôme observé.

Si l'on intervient à cette période de la maladie, comme Tédenat l'a fait avec succès, si on incise largement les corps caverneux, et dans leur portion pénienne et dans leur portion périnéale, on voit par les incisions pratiquées sortir un sang noir, poisseux, strié de pus, avec quelques caillots sanguins.

C'est généralement d'une façon précoce que survient la gangrène, conséquence de la thrombose veineuse.

La gangrène peut être *totale* et intéresser non seulement le pénis, mais encore le périnée: sur la verge tuméfiée apparaissent des plaques livides, puis des plaques de sphacèle; le sillon d'élimination se montre, et les parties sphacélées s'éliminent. Il en résulte une vaste plaie à aspect légèrement diphtéroïde, dont les bords bourgeonnent et se cicatrisent lentement, comblant la perte de substance, mais entraînant des rétractions cicatricielles considérables.

Plus souvent la gangrène est *partielle*. Dans le cas de Batut le sphacèle fit tomber le tiers postérieur du gland, le filet, la partie antérieure du canal de l'urèthre, sur une longueur de 4 à 5 cm. Dans la partie correspondante, les corps caverneux étaient partiellement sphacélés jusqu'aux tiers environ de leur profondeur.

Il va sans dire que la phlébite des veines caverneuses s'accompagne de phénomènes généraux graves. La température et le pouls s'élèvent parallèlement. L'état général est très atteint. Le facies terreux, les frissons, l'anorexie, la diarrhée séreuse incoercible, s'obervent là comme chez tous les infectés.

II. — Thrombose superficielle

La thrombose, avons-nous dit, peut atteindre les différentes veines superficielles du pénis. Bien que le nombre des observations soit limité, il nous semble possible de faire un tableau d'ensemble de l'affection, l'oblitération veineuse déterminant au niveau de la verge des phénomènes qui traduisent la gêne mécanique circulatoire.

Nous envisagerons surtout la thrombophlébite de la veine dorsale et nous signalerons les particularités cliniques des autres localisations.

La thrombophlébite des veines de la verge peut survenir à différentes dates à partir du début de l'écoulement: 10 jours (observation III), 20 jours (obs. IV), 30 jours (obs. II), 18 jours (obs. VI).

C'est donc de la première à la troisième semaine qu'elle apparaît, à la période aiguë de l'affection.

Le siège de l'urèthrite ne semble pas avoir

d'importance. La blennorrhagie n'atteignait que l'urèthre antérieur (obs. VI). elle envahissait l'urèthre postérieur (obs. II-III-IV-V).

Le premier symptôme peut être la *douleur,* comme dans l'observation VI, mais ce fait n'est pas constant. Le plus souvent, les premiers symptômes consistent dans l'apparition de l'œdème et la perception d'un cordon induré à la face dorsale de la verge.

L'œdème qui résulte évidemment d'un trouble dans la circulation veineuse en retour, débute par l'extrémité de la verge. Le prépuce devient volumineux; les mailles du tissu cellulaire sont infiltrées de sérosité et le malade ne peut plus ramener le prépuce en arrière du gland. Rapidement l'œdème s'étend et envahit la totalité de la verge qui augmente considérablement de volume.

Quels sont donc les caractères de l'œdème ?

Tantôt c'est un œdème blanc, mou et peu douloureux (obs. VI), tantôt l'œdème est rosé, douloureux, revêtant par conséquent les caractères de l'œdème inflammatoire (Voss).

Nous voyons donc qu'il y a là une certaine analogie avec ce qui se passe dans la phlegmatia alba dolens du membre inférieur, où ces deux variété d'œdèmes peuvent s'observer.

L'apparition d'un *cordon induré* à la face dorsale de la verge peut se faire en même temps que débute l'œdème. D'autres fois ce cordon in-

duré ne s'observe que tardivement, mais il ne s'écoule jamais un laps de temps bien considérable entre l'apparition de ces deux symptômes qui sont étroitement liés l'un à l'autre.

Le cordon induré formé par la veine dorsale thrombosée est situé sur la ligne médiane. Il s'enfonce au devant de la symphyse pubienne, au dessus des corps caverneux (Demarquay).

La longueur de ce cordon veineux est très variable. Dans l'observation de Voss où l'on intervint chirurgicalement, le segment de la veine thrombosée qui fut réséqué mesurait 2 cm. Quant au volume du cordon, il ne dépasse guère celui d'une plume d'oie.

Le cordon veineux, plus ou moins douloureux suivant les cas, est facilement palpable même à travers les tissus œdématiés. Il est mobile sur les plans superficiels, mobile sur les plans profonds (obs. III et VI).

Néanmoins, comme le remarque Demarquay, la paroi inférieure de la veine sera assez difficile à palper puisqu'elle repose sur le dos d'âne formé par l'accolement des deux corps caverneux.

La veine thrombosée est généralement entourée d'une zône d'empâtement, fait qui s'explique facilement si l'on admet avec Voss l'existence d'une lymphangite péri-vasculaire.

Cette zône d'empâtement souvent douloureuse a des limites plus ou moins nettement percep-

tibles; dans l'observation de Voss, l'infiltration s'étendait sur une longueur de 2 cm. et sur une largeur de 5 cm.

Le dernier symptôme observé dans la thrombophlébite de la veine dorsale est le *développement de la circulation veineuse collatérale.* Celle-ci est la conséquence naturelle de l'oblitération d'un tronc veineux.

Dans l'observation III (PAYENNEVILLE) les veines sont dilatées et saillantes. Dans l'observation IV (PAYENNEVILLE), les veines sont turgescentes et comme « injectées au suif dans une préparation anatomique ». Dans l'observation VI inédite, la distention des veines est signalée, mais on n'avait pas la sensation de cordon induré à leur niveau.

En résumé œdème de la verge débutant par le prépuce, apparition d'un cordon induré dorsal et médian, dilatation des autres veines de la verge, tels sont les symptômes de la thrombophlébite blennorrhagique de la veine dorsale du pénis.

A côté de la forme typique que nous venons de décrire, il faut signaler des formes où les symptômes se présentaient avec des caractères un peu spéciaux suivant la localisation de la thrombose veineuse.

C'est ainsi que dans l'observation IV (PAYENNEVILLE) la thrombose avait atteint une des veinules qui longe le frein. Au lieu d'un cordon induré, on sentait un petit nodule roulant sous le

doigt, du volume d'un grain de plomb et reposant sur une large plaque d'induration. L'œdème était dans ce cas peu marqué, mais par contre les douleurs au niveau de la veine thrombosée étaient très vives et la circulation collatérale très développée.

Signalons enfin la possibilité de poussées phlébitiques nécessaires, chacune de ces poussées se traduisant par une recrudescence des douleurs et de l'œdème. C'est ainsi que dans l'observation VI, il y a eu une tendance à cette évolution par poussées, ébauche de ce que l'on pourrait appeler *thrombophlébite oscillante.*

Évolution et pronostic

L'esquisse symptomatique que nous venons de donner des thromboses veineuses des veines de la verge au cours de la blennorrhagie, permet déjà de prévoir que l'évolution sera bien différente suivant qu'il s'agira d'une oblitération des veine profondes ou d'une oblitération des veines superficielles de la verge.

I

Dans la thrombose de veines caverneuses nous avons vu les lésions évoluer vers la gangrène avec ses conséquences. C'est dans ces cas qu'il faut porter un pronostic sévère.

Au point de vue vital, nous voyons que sur 5 malades, 3 sont morts: infection purulente (RICHET et VOILLEMIER), septicémie (KOHLER). Etant donné ce que nous avons dit de la pathogénie des phlébites profondes de la verge, cette mortalité élevée s'explique facilement. Dans tous ces cas il s'agissait de malades en proie à une véritable septicémie et les lésions trouvées à l'autopsie étaient celles des phlébites suppurées.

Au point de vue fonctionnel le pronostic est également très sérieux : la gangrène étant la conséquence de la thrombose des veines caverneuses, il en résultera des altérations souvent notables et définitives des différentes parties constituantes du pénis.

Dans le cas de M. Tédenat, opéré cependant d'une façon précoce, nous voyons l'œdème de la racine de la verge et du prépuce persister ; les corps caverneux sont atrophiés ; il n'y a que de vagues et imparfaites érections avec déviation de la verge en bas et à droite ; le coït est à peu près impossible.

Dans le cas de Batut la cicatrisation des lésions a déterminé l'induration des corps caverneux, l'inflexion du gland à sa base, et la sténose cicatricielle du nouveau méat. Ces lésions ont nécessité plusieurs interventions plastiques.

II

Plus bénin est le pronostic dans les thromboses superficielles. Ici il ne s'agit plus d'une phlébite suppurée, mais bien d'une phlébite oblitérante, d'une véritable *phlegmatia alba dolens*

Tous les malades ont guéri dans un laps de temps variant entre 3 et 4 semaines.

Un certain nombre de complications peuvent néanmoins survenir au cours de la phlébite superficielle. Nous allons les passer rapidement en revue.

1° La mort subite par embolie signalée plusieurs fois comme terminaison de la phlébite des veines périprostatiques peut aussi se rencontrer dans la phlébite de la veine dorsale de la verge (Payenneville).

Le fait est évidemment possible, mais n'a jamais été constaté.

2° L'abcès phlébitique semble bien avoir été observé chez le malade de Gouriet (Obs. I). C'est une complication qu'on aura rarement l'occasion de constater. Elle n'aurait du reste pas une gravité considérable.

3° La gangrène des téguments n'a jamais été observée. Chez le malade dont nous rapportons l'observation (Obs VI), il existait bien au niveau de l'orifice préputial une petite ulcération lenticulaire et peu profonde; mais nous ne croyons pas qu'il faille voir là la conséquence d'une petite plaque de sphacèle.

En somme le pronostic de cette variété de phlébite des veines de la verge est bénin. Néanmoins ici comme dans les phlébites du membre inférieur il nous faut signaler des séquelles.

L'œdème chronique de la verge ne persiste guère au-delà de un mois à 6 semaines.

Il en est de même pour la circulation collatérale.

Mais nous voudrions insister sur la *persistance du cordon induré*. Le caillot thrombosique oblitérant la veine dorsale de la verge peut s'orga-

niser, se transformer, en un noyau ou en un cordon fibreux.

Un certain nombre d'observations d'induration plastique des corps caverneux, d'induration plastique du pénis, ne sont peut-être en dernière analyse que de vieilles phlébites dorsales indurées et sclérosées.

Sans pouvoir prouver ce que nous avançons, les descriptions des auteurs qui parlent « de brides de forme cylindrique occupant l'axe du pénis, s'enfonçant en coin vers le pubis, indolores, indépendantes de l'urèthre et des corps caverneux » (Neumark) nous semblent singulièrement se rapporter à des thromboses dorsales anciennes.

La cause de ces indurations, dit Waelsch, est peu connue. « On l'attribue à un écoulement uréthral »; nous ajouterons, d'une façon indirecte, par l'intermédiaire de la phlébite. Du reste, dès 1847, Ricord avait avancé que ces indurations plastiques, ces brides dorsales, étaient dues à une phlébite plastique.

Diagnostic

I. — Diagnostic de la phlébite profonde

La phlébite profonde des veines des corps caverneux, comme nous l'avons vu à propos de la symptomatologie, évolue un peu schématiquement, en deux phases: une première phase caractérisée par l'œdème de la verge est l'augmentation de volume des corps caverneux; une deuxième phase, celle à laquelle on examine généralement les malades, caractérisée par la gangrène de la verge, soit totale, soit partielle, intéressant le prépuce, le gland, l'urèthre antérieur, etc

C'est donc le *diagnostic de la cause de la gangrène* qu'on doit poser. La gangrène par oblitération artérielle n'est pas douteuse et le cas de Reclus en est un exemple typique. Par contre l'existence de la gangrène par oblitération veineuse est discutée et Tédenat et Martin ont récemment soutenu qu'elle n'existait pas.

Il nous semble exagéré de méconnaître l'existence de la gangrène par oblitération veineuse En ne considérant que les observations récentes de Batut, Köhler et Tédenat, il semble hors de

doute que l'oblitération des veines du pénis puisse déterminer le sphacèle plus ou moins étendu des veines de l'organe: les symptômes d'infection veineuse, de septicémie, l'existence d'autres thromboses au niveau des membres ou des viscères pelviens, les constatations faites lors de l'intervention ou de l'autopsie légitiment parfaitement, à notre avis, cette manière de voir.

Dans le cas de gangrène de la verge il est facile d'éliminer plusieurs groupes de gangrènes d'étiologies diverses.

La gangrène au cours de l'infiltration d'urine fait pour ainsi dire partie du tableau clinique de l'affection et le diagnostic en est facile.

Il en est de même pour les gangrènes survenant au cours de maladies générales ou diathésiques. (*Typhoïde:* LODERS; *Variole:* ROSTAND; *Grippe, fièvres eruptives, diabète:* MARCHAL DE CALVI, VERNEUIL; *paludisme, albuminurie*).

Les gangrènes par traumatisme, paraphimosis et enfin la gangrène foudroyante spontanée doivent également être éliminées.

Le diagnostic le plus difficile est de savoir, lorsqu'à l'origine des accidents phlébitiques, on trouve un foyer prostatique comme c'est le cas dans les observations de KÖHLER et de Tédenat, si la gangrène du pénis reconnaît pour cause l'oblitération veineuse par thrombophlébite rétrograde, ou bien la propagation directe de l'infection de l'abcès prostatique au corps caverneux.

Tédenat et Martin admettent cette dernière opinion ; nous aurions tendance à admettre la première ; si on relit attentivement les observations, on constate les lésions suivantes :

Dans l'observation de Köhler on trouva à l'autopsie un énorme abcès de la prostate ouvert dans l'urèthre ; les veines qui entourent la cavité de l'abcès, sont thrombosées ainsi que les veines honteuses ; les artères ne sont pas modifiées, la muqueuse vésicale est saine. La peau de la racine du pénis, du scrotum, du testicule était intacte. Ces lésions sont nettement en faveur d'une gangrène par thrombose veineuse et c'est du reste le diagnostic porté par Köhler : *gros abcès de la prostate, qui, par la thrombose des veines efférentes, a provoqué des troubles de nutrition du pénis et la septicémie généralisée.*

Dans l'observation de Tédenat où il s'agissait aussi d'un abcès prostatique, les signes de phlébite profonde de la verge, de cavernite, n'apparaissent que 48 heures après l'incision de l'abcès prostatique. Les incisions pratiquées sur les corps caverneux dans leur portion pénienne montrent dans les mailles des corps caverneux « un sang noir, poisseux, avec des stries de pus et quelques rares caillots sanguins ».

Les lésions étaient identiques en ce qui concerne le segment périnéal des corps caverneux.

Dans son cas M. Tédenat pense à la propagation directe de l'infection prostatique aux corps

caverneux; le fait est possible mais non démontré, il faudrait être certain comme dans le cas de Köhler de l'état des vaisseaux veineux.

Le diagnostic n'a du reste qu'une importance relative puisque, quel que soit le mode de propagation admis, la thérapeutique vise à un résultat unique: limitation de la gangrène et consécutivement traitement des pertes de substance.

II. — Diagnostic de la phlébite superficielle

Lorsque chez un individu atteint de blennorrhagie aiguë, on voit survenir au bout de quelques jours, un œdème de la verge débutant par le prépucé et remontant vers la racine de l'organe, lorsque cet œdème s'accompagne de dilatation des veines sous cutanées et qu'à la face dorsale de la verge on sent un cordon médian, induré, douloureux ét roulant sous le doigt, lorsque l'adénite inguinale est nulle ou légère, on doit penser immédiatement à la thrombophlébite blennorrhagique de la verge. Nous avons déjà signalé (Obs. IV) les caractères particuliers aux thrombophlébites des veinules qui longent les faces latérales du frein. Rappelons qu'au lieu d'un cordon induré, Payenneville a constaté l'existence d'un nodule, de la grosseur d'un grain de plomb. Ce nodule siégeait juste au niveau d'un petit coude d'une veinule qui longe le frein. « On voit litté-

ralement le caillot par transparence, la peau étant très mince à ce niveau ». Ce nodule reposait d'autre part sur une plaque d'induration profonde. Il est évident que dans de tels cas le diagnostic sera plus difficile à poser.

Avec quelles affections peut-on confondre la phlébite blennorrhagique des veines de la verge?

Dans la forme typique, deux diagnostics doivent être discutés.

C'est tout d'abord *l'œdème préputial* dû à la balanite ou à la balano-posthite. Dans ce cas l'œdème qui s'observe souvent chez les phimosiques reste localisé au prépuce et n'a pas de tendance à gagner l'extrémité postérieure.

La muqueuse balano-préputiale d'autre part est tuméfiée, rouge, douloureuse, parfois ulcérée. Il n'y a pas à la face dorsale de la verge de cordon induré; il n'y a pas non plus de dilatation des autres veines superficielles.

La *lymphangite blennorrhagique*, si fréquente, doit en second lieu, être distinguée de la thrombophlébite. C'est certainement le diagnostic le plus difficile, et, comme le remarque Voss, c'est le premier auquel on se rattache. Néanmoins on peut arriver par un examen attentif à différencier phlébite et lymphangite. Demarquay depuis longtemps, avait établi les principaux caractères différentiels.

Dans la lymphangite on sent généralement plusieurs cordons indurés, moniliformes, se por-

tant d'avant en arrière. L'adénite inguinale développée au niveau des ganglions du groupe supéro-interne du triangle de Scarpa, est constante, souvent considérable, et chez les individus maigres, on peut sentir le cordon lymphangitique aboutissant à ces ganglions.

Dans la lymphangite, l'œdème est moins marqué ; il a une coloration rosée, il n'y a pas enfin de circulation veineuse collatérale et l'empâtement péri-lymphatique est plus diffus.

Ces éléments de diagnostic peuvent cependant être insuffisants.

Dans l'observation de Voss, où l'examen anatomo-pathologique montra qu'il s'agissait bien d'une thrombophlébite, le diagnostic clinique de lymphangite semblait logique, étant donné les caractères de l'œdème. Faisons remarquer que l'existence de l'adénite n'est pas signalée dans son observation. Dans l'observation III (Payenneville) le diagnostic de phlébite dorsale fut porté en se basant sur la netteté des limites de l'induration et sur la dilatation exagérée des veines collatérales.

Si on admet les idées de Voss, idées que nous avons énoncées à propos de la pathogénie de ces phlébites blennorrhagiques de la verge, on conçoit que la coexistence de phlébites et de lymphangites soit fréquente et que par suite le diagnostic puisse être entouré de difficultés insurmontables.

Dans les cas où la phlébite atteignait une des veines du frein, le diagnostic doit être également discuté.

Dans l'observation IV de Payenneville le nodule phlébétique reposant sur une base indurée fit penser à un *chancre nain syphilitique.* Le diagnostic entre les deux lésions fut fait en se basant sur les symptômes suivants: pas de tendance à l'ulcération de la nodosité, absence de réaction ganglionnaire, chronologie des accidents. Ces symptômes négatifs firent éliminer l'hypothèse d'un chancre et l'évolution ultérieure confirma ce diagnostic.

Moriz Porosz, dans un mémoire important sur les causes de l'œdème du pénis au cours de la blennorrhagie aiguë, insiste sur les *folliculites* et les *canaliculites para-uréthrales.*

Ces lésions se caractérisent par un œdème douloureux du prépuce et de l'extrémité de la verge; sur une des faces latérales du frein on sent une nodosité dure, douloureuse, entourée d'une zône inflammatoire et pouvant en imposer pour un noyau phlébitique ou même un abcès phlébitique d'une des veines qui longent le frein. L'évolution ultérieure des lésions, l'ouverture de l'abcès, la communication entre la cavité de l'abcès et l'urèthre font faire le diagnostic. Nous ne saurions mieux terminer ce chapitre qu'en rappelant l'opinion de Voss et de Payenneville.

« Dans beaucoup de cas de blennorrhagie où

il se présente de soi-disant brides lymphangitiques du pénis, il s'agit de lésions des vaisseaux sanguins; tout une série de lymphangites blennorrhagiques sont nettement des phlébites, et particulièrement des thrombophlébites (Voss). »

Payenneville conclut dans le même sens:

« Très souvent ce que l'on appelle lymphangite dorsale n'est autre chose qu'une phlébite ou une thrombophlébite des veines dorsales. »

Traitement

Le traitement nous arrêtera peu.

Dans les phlébites profondes du pénis avec gangrène, le seul moyen d'enrayer l'évolution de celles-ci est de faire de profondes et précoces incisions des corps caverneux (Tédenat et Martin).

Lorsque les parties sphacélées sont éliminées, que la cicatrisation est achevé, alors on tentera des opérations plastiques.

Dans les phlébites superficielles le traitement, simple, consiste en bains de verge, en pansements humides chauds. On calmera ainsi les phénomènes douloureux et on diminuera l'œdème.

Après la phase aigüe, s'il persiste une induration sur le trajet de la veine, on aura recours aux différentes pommades résolutives.

Le traitement chirurgical (excision de la veine thrombosée) ne nous semble présenter aucune indication.

Il est bien entendu qu'on devra instituer le traitement classique de la blennorrhagie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Köhler. — GANGRAEN DES PENIS, VERANLASST DURCH PROSTATA ABSCESS

(*Charité Annalen* 1890)

Chez ce malade, âgé de 26 ans, atteint de blennorrhagie chronique, et de manifestations de cystite, survinrent des douleurs à la défécation, de faux besoins d'aller à la selle. Lorsque Köhler vit ce malade il souffrait au niveau du pénis et du périnée. La verge était uniformément tuméfiée, le gland en entier était gangrené, le prépuce était partiellement sphacélé, le périnée était tuméfié et présentait une coloration livide. Le doigt pénétra avec peine dans le rectum parce que tout le petit bassin était occupé par une collection fluctuante vraisemblablement développée aux dépens de la prostate.

Köhler, en présence de ces symptômes, posa le diagnostic suivant: Gros abcès de la prostate, qui par la thrombose des veines efférentes a provoqué des troubles de nutrition du pénis; septicémie généralisée.

Un cathétérisme uréthral avec une grosse sonde amène l'issue d'une abondante quantité de pus; l'abcès venait de s'ouvrir dans l'urèthre. Incision médiane du périnée, on trouve le pus à 2 cm 1/2 de profondeur, après avoir traversé des tissus sphacélés qui ne donnent pas à la coupe une

goutte de sang; au milieu de la cavité de l'abcès on voit l'urèthre gangréné. Scarification sur la peau du gland et du pénis.

La gangrène ne se limite pas, tout le pénis se sphacèle; les symptômes de septicémie s'aggravèrent et la mort survint 4 jours après l'ouverture de l'abcès.

L'autopsie démontra la thrombose de toutes les veines entourant l'énorme cavité de l'abcès et également des veines honteuses. Les artères n'étaient pas modifiées. La muqueuse vésicale était saine. La peau de la racine du pénis, du scrotum et le testicule étaient intacts.

OBSERVATION II

Pr. Tédenat. — ABCÈS DE LA PROSTATE. — CAVERNITE DIFFUSE SUPPURÉE. — GUÉRISON AVEC SCLÉROSE DES CORPS CAVERNEUX.

(*Archives générales de chirurgie*, t. IV, n° 8, 1909, Tédenat et Martin. — *Inflammations gangreneuses du pénis*, page 799).

Pierre Ca....., 25 ans, entre à l'hôpital suburbain, salle Bouisson, n° 5, le 3 mai 1897.

Constitution moyenne, fièvre typhoïde à 18 ans, bonne santé habituelle. Blennorrhagie à 20 ans, peu intense et soignée uniquement par le copahu, le santal, sans injections. L'écoulement a duré pendant cinq mois. Il y a 3 mois, blennorrhagie aiguë, très douloureuse, avec écoulement abondant. Rapide amélioration dès le quinzième jour par des injections avec une solution de permanganate de potasse et les capsules de copahu. L'écoulement était réduit au bout de cinq ou six semaines à une petite goutte matinale; quand, à la suite de trois coïts dans la même soirée, sur-

viennent des besoins fréquents d'urines, avec chaleur et pesanteur dans le rectum. sans hématurie. sans augmentation notable de l'écoulement.

M. Tédenat vit le malade dans son cabinet le 20 avril 1897, les accidents durant depuis 3 jours; la miction se fait cinq ou six fois par heure, très pénible et douloureuse avec des arrêts. Au toucher rectal, la prostate est notablement tuméfiée avec des nodules durs, très sensibles à la pression. Il conseille repos, régime lacté, bain de siège chaud prolongé trois fois par jour, lavement chaud matin et soir, suppositoires morphinés.

24 avril. — Amélioration progressive. Le 27 avril, les mictions sont encore fréquentes, moins pénibles. Sur le conseil d'un de ses amis, le malade, en état de demi-érection depuis deux ou trois jours. pratique le coït. Il éprouve une violente douleur qu'il compare à une déchirure profonde. Il rend du sang avec l'urine et la verge se met en état d'érection permanente. Douleurs pulsatiles dans le rectum et le périnée, mictions très pénibles. Appelé auprès du malade le 30 avril dans la soirée, M. Tédenat constate l'état de priapisme. Augmentation du volume de la prostate très tendue avec des nodules durs; œdème périprostatique.

Il conseille bains de siège très chauds. Six sangsues sont appliquées sur le périnée et donnent une amélioration sensible (2 mai). Le 3 mai dans la matinée, dans un effort de défécation, douleur violente dans le rectum et la verge toujours en état de priapisme, lequel augmente. Les deux corps caverneux sont très durs, volumineux et comme injectés, la verge est redressée vers le ventre. Le pouls est à 100, la température à 38°8. M. Tédenat conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

4 mai. — Le malade n'a pu uriner depuis hier lundi. Une sonde molle à béquille n° 16 passe sans difficultés et donne issue à 500 gr. d'urine sans pus. La prostate toujours très

tuméfiée est le siège d'élancements, de douleurs pulsatiles.

Le lobe gauche présente un noyau mou, saillant, du volume d'une noix. La verge est rouge et œdématiée, en état de priapisme, avec tuméfaction diffuse des corps caverneux, très durs dans toute leur longueur. La température axillaire est 39°, le pouls à 100.

Après irrigation abondante du rectum avec une solution chaude de borate de soude, le malade est anesthésié. M. Tédenat incise par voie rectale l'abcès du lobe prostatique. Le malade est soulagé dans la soirée, la température tombe à 38°4, le pouls à 100. L'état de la verge n'a pas changé. Il s'écoule environ 200 gr. de pus très fétide, mêlé de caillots sanguins. La sonde est laissée à demeure, une irrigation rectale chaude est pratiquée toutes les quatre heures.

5 mai. — Même état. Température: 38°2, le matin, 39° le soir, pouls 100 le matin et 120 le soir. Elancements douloureux dans toute la verge et le creux ischio-rectal gauche. Verge énorme par œdème et augmentation du volume des corps caverneux. On sent leur racine avec le volume du doigt. Compresses humides sur le bas-ventre, la verge, la racine des cuisses.

6 mai. — Elancements dans la verge, le périnée, température 38°8, pouls 100, le matin. Après anesthésie, M. Tédenat fait sur le flanc gauche et droit de la verge une incision de 4 centimètres, l'albuginée est très épaissie, sérosité abondante dans les plans sous-cutanés. Des mailles des corps caverneux une pression modérée exprime du sang noir, poisseux, avec des stries de pus et quelques rares et menus caillots sanguins.

Incision de trois centimètres sur chaque portion périnéale des corps caverneux distendus. Même sang poisseux, noir, strié de pus. Drains dans les quatre incisions. Enveloppement avec des compresses trempées dans une solution faible de lysol. Dans la soirée, le malade se sent beaucoup

mieux; les battements douloureux ont presque disparu; la température reste à 38°4, le pouls est à 100. Lait. — 0,50 de quinine. Irrigation rectale toutes les quatre heures.

7 mai. — Le malade a dormi plusieurs heures cette nuit. Il souffre peu. L'œdème et la tension du pénis ont beaucoup diminué; matin température 37°5, pouls 80; soir 38°1, pouls 86. Irrigation des incisions, il s'écoule du pus sanguinolent et des débris de tissu. Enveloppement large avec des compresses imbibées de solution faible de lysol. Irrigation répétée le soir — lait, quinine.

8 mai. — Le toucher rectal montre une diminution sensible du volume de la prostate, la suppuration est très réduite. Il ne paraît pas s'y faire d'autres abcès; il y a encore de l'œdème dur périprostatique. Les irrigations rectales chaudes sont faites matin et soir. — Les plaies d'incision des corps caverneux donnent du pus peu abondant avec des débris des corps caverneux. L'œdème des plaies superficiel a beaucoup diminué, ainsi que la rougeur. La verge n'est plus qu'en demi-érection, les incisions sont badigeonnées avec de la glycérine iodée à 1/50. Température 37°8 et 38°3, pouls 80-100. La sonde uréthrale est enlevée et le malade urine dans la journée, toutes les heures environ, avec cuisson, mais sans efforts pénibles. Mêmes pansements.

9 mai. — Le malade souffre peu, il urine toutes les deux ou trois heures avec une légère cuisson. La tuméfaction de la verge est en décroissance; pus et débris du tissu érectile. Température 37°6-38°1, pouls 70-90. Même traitement.

12 mai. — Amélioration rapide. La prostate a subi une diminution très notable de volume et ne suppure presque plus. L'élimination du tissu caverneux continue, presque sans pus. Turgescence du pénis bien diminuée; Température et pouls 37-37°8, 80-84. Mictions faciles, urine claire

avec des filaments. Même traitement: irrigation rectale chaude, matin et soir, badigeonnage des plaies avec glycérine iodée à 1/50. Enveloppement dans des compresses antiseptiques.

15 mai. — Tuméfaction très diminuée soit à la prostate, soit à la verge qui ne présente plus que de l'œdème mou; les corps caverneux se ratatinent. Suppuration insignifiante, les drains sont enlevés.

20 mai. — Cicatrisation complète, avec léger œdème à la racine de la verge et au prépuce.

Le malade quitte l'hôpital le 28 mai; à travers les plaies externes, on sent les corps caverneux atrophiés, irrégulièrement noduleux.

M. Tédenat a eu l'occasion de revoir Pierre Cam... La fonction urinaire est normale; des irrigations uréthrales avec du sublimé à 1/3/000, avec du sulfate de cuivre à 1/2/000, des instillations de protargol ont fait disparaître les filaments. Il n'y a que de vagues et imparfaites érections avec déviation de la verge à droite et en bas. Le coït est à peu près impossible (août 1899).

OBSERVATION III (*Résumée*)

Batut. — GANGRÈNE DU GLAND, DU PRÉPUCE ET DE L'URÈTHRE ANTÉRIEUR, CONSÉCUTIVE A UNE PHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE DES CORPS CAVERNEUX.

(*Lyon médical*, n° 17, 1900, p. 577)

M..., 23 ans, canonnier au 16e bataillon d'artillerie, entre à l'hôpital Desgenettes, dans notre service, le 27 février 1900, pour un sphacèle étendu du gland et de l'urèthre survenu subitement il y a un mois environ. . . .

Le 15 décembre 1899, il a été pris de douleurs articulaires dans les deux genoux, a été amélioré par le repos et le salicylate de soude, puis brusquement, alors qu'il se levait depuis deux jours, il ressent de vives douleurs avec élancements dans le mollet droit dont la palpation est bientôt intolérable. La jambe devient dure et gonflée; on porte le diagnostic de phlébite. Il est immobilisé et un pansement ouaté est appliqué sur la jambe.

Huit jours après, survient, en avant et en arrière du filet, sans douleur spéciale du côté du pénis, une plaque noirâtre de 3 ou 4 centimètres, et les corps caverneux dans la partie correspondante sont sphacélés jusqu'au tiers environ de leur profondeur.

Dans les jours suivants, le malade a de la cystite caractérisée par le trouble des urines, la douleur, la grande fréquence des mictions. L'état général est mauvais.

C'est dans cet état qu'il entre à l'hôpital : il y a œdème très marqué du prépuce et du fourreau, quelques ganglions dans les aines. On désinfecte la vessie avec des lavages au permanganate de potasse à 1/2.00 ; on panse la plaie avec une poudre composée de talc et bismuth stérilisés ; l'état local et l'état général s'améliorent. Le 15 mars, la cicatrisation est complète. Le 16 on enlève la sonde. Puis survient un rétrécissement du méat avec gonflement des corps caverneux, dont on a raison avec les cataplasmes et les bains prolongés. On remet une sonde à demeure; puis on l'enlève, et après deux tentatives pour supprimer la sonde à demeure, on est obligé de faire de la dilatation et de la remettre.

Le malade avait eu, 18 mois auparavant, une blennorhagie d'intensité moyenne, peu traitée.

Dès son arrivée à l'hopital Desgenettes, on a examiné le pus venant de l'urèthre, et on y a constaté des gonocoques. Le 25 mars on ne constate plus de pus, ni de gonocoques dans les rares filaments de l'urine.

En résumé il semble qu'il y ait eu:

Blennorrhagie non éteinte, réveil de la gonococcie, rhumatisme secondaire, phlébite blennorrhagique de la saphène et des veines tibiales postérieures, puis embolie gonococcienne des veines du corps caverneux et sphacèle secondaire de ces derniers, du gland et de l'urèthre.

Dans le cas particulier, le sphacèle a été limité; il n'y a pas eu pycémie, mais un certain état de septicémie chronique.

Batut pense que les gonocoques, ayant déterminé une phlébite des veines du mollet, ont atteint les veines caverneuses par l'intermédiaire de la circulation générale, et non point par une action de voisinage, puisque l'uréthrite restée latente jusque-là, n'avait pas effleuré les corps caverneux depuis les 18 mois écoulés à partir de l'infection.

OBSERVATION IV

Richet. — Rapportée par Guiard dans :
(*Les Complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme,* p. 33; Paris, 1898)

Chez un homme de 75 ans, atteint de blennorrhagie, Richet vit se produire un gonflement progressif des corps caverneux sans douleur et sans participation du corps spongieux. Aussi le gland, flasque et mou, contrastait-il avec la raideur des corps caverneux. Une incision sur l'un de ces derniers donna issue à des caillots infects ; quelques jours après, tout le tissu érectile mortifié fut retiré par l'ouverture. Le malade mourut d'infection purulente.. A l'autopsie, on trouva les veines caverneuses oblitérées par des caillots qui se prolongeaient jusque dans les plexus vésicaux et prostatiques gorgés de pus.

OBSERVATION V

Voillemier. — *Rapportée par Guiard dans :*
(*Les complications locales et générales de la blennorrhagie aiguë et chronique chez l'homme.* p. 34 Paris, 1898).

Le sujet de Voillemier présenta pendant la vie une érection complète et persistante. A l'autopsie on trouva oblitérées par des caillots, non seulement les veines caverneuses, mais aussi la veine dorsale de la verge.

OBSERVATION VI

Gouriet. — ABCÈS CONSIDÉRABLE DE LA VERGE PENDANT LE COURS D'UNE BLENNORRHAGIE

(*Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 194; in Demarquay: *Maladies chirurgicales du pénis*, 1877, p. 188)

X... âgé de 26 ans, d'une constitution chétive, d'un tempérament lymphatique très prononcé, a eu des rapports sexuels le 6 octobre 1859. Le 8 il s'aperçoit d'un léger écoulement blanc.

Le 10, quelques picotements se font sentir le long de la verge; l'émission de l'urine devient douloureuse; l'écoulement est plus abondant et perd sa couleur pâle pour devenir d'un jaune foncé.

Le 13, ces symptômes ne sont aggravés; en même temps la verge devient œdémateuse et acquiert un volume assez considérable.

X... n'a pas cessé de se livrer à des travaux de carrosserie, qui exigent qu'il soit le plus souvent debout et pen-

ché ; il n'a pris que quelques bains. L'enflure augmente encore ; bientôt le gland ne pourra être mis à découvert.

Le 17, la verge a pris un volume énorme; elle est recourbée; mais au lieu d'avoir la concavité tournée en bas comme dans le cas d'uréthrite cordée, elle a sa concavité tournée directement en haut. La peau, tendue, luisante, a conservé sa couleur normale le long de sa face supérieure; les deux faces latérales et l'inférieure sont rouges, enflammées, douloureuses au toucher, très dures et très résistantes.

Quand le malade parvient, après de grand efforts, à rejeter un peu le prépuce en arrière, on peut voir, dans sa rainure, et à gauche du frein, une tumeur de la grosseur d'une aveline, bleuâtre et paraissant formée en grande partie par des vaisseaux veineux; on en distingue quelques-uns de très développés, qui rampent à la surface. Traitement: quinze sangsues au périnée, repos au lit, diète, deux cuillerées par jour de potion de Chopart.

Le 18, souffrances moins vives; il existe un état saburral très prononcé: 60 grammes de sulfate de magnésie.

Le 20, plus de douleurs en urinant, mais douleurs lancinantes beaucoup plus intenses à la face inférieure de la verge, où l'on constate la présence d'une tumeur plus considérable. La fièvre, jusqu'alors modérée, devient très violente; les nuits se passent dans l'agitation et le délire. Bains de siège, cataplasmes émollients arrosés de laudanum.

Le 22, fluctuation à la face inférieure de la verge, vers l'union de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et au centre de la tumeur volumineuse. Une ponction, faite en dehors de la ligne médiane, pour ne pas blesser l'urèthre, donne issue à quatre cuillerées à bouche d'un pus phlegmoneux très bien lié: cataplasmes.

Les jours suivants, il s'écoule par l'ouverture une grande quantité de sang et de pus. Les douleurs ont diminué, mais existent toujours; au pourtour de l'ouverture, il existe une

très vive sensibilité: onctions avec une pommade contenant de l'extrait de belladone et de l'iodure de potassium.

Le gonflement diminue très lentement.

Le 10 novembre, le malade reprend son travail; le petit pertuis donne encore de la sérosité; il se ferme quelques jours après et on ne trouve, dans son voisinage, qu'un très léger empâtement, qui disparaît à son tour.

Quant à l'écoulement, il n'existait plus dès les premiers jours de novembre.

OBSERVATION VII

VOSS. — THROMBOPHLÉBITIS GONORRHOÏCA

(*Dermatologische Zeitschrift*, 1905. p. 83 à 90).

Nous avons eu un malade atteint d'une blennorrhagie bien déclarée; cinq semaines après le début de l'infection gonococcique, il se développa une énorme infiltration formant bride sur la face dorsale de la verge, à la racine; nous avons extirpé cette bride sur le désir du malade qui voulait être débarrassé de cette tuméfaction. L'infiltration offrait tout à fait l'image d'une lymphangite, et ce fut d'ailleurs mon diagnostic.

Après l'opération il y eut pendant plusieurs jours d'assez fortes hémorrhagies, venant de la petite plaie opératoire, un hématome sous-cutané étendu, et un fort œdème du scrotum et du prépuce, occasionnant une érection irréductible. Par la suite l'examen histologique nous montra qu'il ne s'agissait pas d'une lymphangite gonococcique, mais d'une *thromphlébite de la veine dorsale du pénis*; et alors nous comprimes les suites de la petite intervention chirurgicale,

Voici maintenant l'observation:

Robert Sp. Sommelier, 27 ans, entre à l'hôpital (section de la blennorrhagie) le 9 mars 1904.

Commémoratifs: Pas encore eu de maladie vénérienne. Pas de maladie plus sérieuse auparavant. L'infection date de 3 semaines. N'a pas encore été soigné par un médecin.

Période d'état. Homme anémique, maigre. Cœur: rythme normal, pas de souffle valvulaire. Remarquons, en passant, que nous examinons le cœur de chaque blennorrhagique le jour de son entrée et que nous le surveillons ensuite. On se garantit ainsi contre les complications ultérieures, lorsqu'il s'agirait de savoir si les troubles cardiaques existants résulteraient d'une endocardite gonococcique ou existaient avant. Pas de traces de syphilis. De l'urèthre, il s'écoule une sécrétion purulente abondante. La préparation microscopique (Gram) présente des corpuscules de pus et des gonocoques en amas intra-cellulaires. Urine trouble. Prostate molle, d'élasticité normale, élargie à droite, douloureuse à la pression. La sécrétion exprimée au dehors est grise, blanchâtre, de consistance visqueuse. Traitement interne: 6 capsules d'huile de santal à 0 gr. 6 et 1 gr. 50 d'Helmitol en 3 fois.

14 mars. — Sécrétion plus faible. Au microscope: corpuscules de pus, en amas intra-cellulaires. On commence à donner une injection de protargol à 1/4 0/0 4 fois par jour.

15 mars. — Lavage de Jadassohn. Urine trouble, avec corpuscules de pus au début et filaments.

16 mars. — Injection de protargol à 1/2 0/0 4 fois par jour.

17 mars. — Au pénis, inflammation œdémateuse généralisée. 3 fois par jour bain chaud prolongé du pénis et repos au lit.

18 mars. — A la face dorsale du pénis, vers la racine, sur la ligne médiane, on sent une infiltration bridée d'environ 2 cm de long sur 0 cm 5 de large, s'étendant en

surface et douloureuse à la pression. La peau, au-dessus de cette bride, est déplacée, sans modification; de même, à la partie inférieure, l'infiltration peut être déplacée. L'œdème du pénis s'est accru. On fait alors le diagnostic de lymphangite blennorrhagique.

21 mars. — Le malade veut être délivrée de cette tuméfaction, on l'endort à l'éther; on fait une incision de 3 cm de large sur le côté de la bride à la face dorsale du pénis. Dissection et excision de toute l'infiltration sur une longueur de 2 cm environ. Suture. Airol. Pansement.

22 mars. — Œdème prononcé et formation d'un hématome sous-cutané étendu au prépuce et au scrotum. Erections violentes et prolongées. Le soir, lupulin et tablettes de Brom Erlenmeyer. Le pénis relevé par un bandage est fixé à la paroi abdominale.

24. —Pansement au collodion. L'œdème continue. Hématome plus accentué.

26 mars. — Erections toujours plus fortes. L'antipyrine, le lupulin et le Brom restent impuissants. Pansement infiltré de sang; les bords de la plaie restent béants.

27 mars. — Suture: les bords de la plaie sont éloignés l'un de l'autre. Au fond de la plaie, un caillot de sang de la grosseur d'une noisette. La veille, la température était montée à 38°2 (normale jusqu'alors), et aujourd'hui elle atteint 37°7; on enlève le caillot On vérifie la plaie; on ne trouve pas le moindre vaisseau saignant. Tampon de gaze iodoformée et suture des bords de la plaie.

28 mars. — Légère hémorrhagie. Le pansement reste en place. L'œdème disparaît. Température normale.

29 mars. — Les érections ont cessé sous l'influence de l'antipyrine, du lupulin, et des suppositoires à l'opium, ces deux derniers jours.

10 avril. — La cavité de la plaie s'est refermée par granulation, à la suite d'un léger tamponnement continu.

A partir du 15 avril, on reprend le traitement local. Injections de protargol.

10 mai. — Le malade quitte la policlinique.

OBSERVATION VIII

Payenneville. — PHLÉBITE DE LA VEINE DORSALE DE LA VERGE D'ORIGINE BLENNORRHAGIQUE

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. I; n° 8, 1908, p. 610).

M. T..., 21 ans, étudiant en médecine, vient nous consulter pour une blennorrhagie dont le début remonte au 13 décembre; il y a déjà quatre ou cinq jours d'écoulés depuis l'apparition du pus. L'écoulement est très abondant, mais le malade a peu de douleur à la miction.

Avant de venir nous consulter, le malade a fait 4 ou 5 grands lavages au bock avec une solution de permanganate au 4/1000°, mais le liquide ne va pas jusque dans la vessie; au bout de deux lavages, symptômes d'urétrite postérieure et de cystite; l'examen microscopique du pus montre de nombreux gonocoques intra-cellulaires.

Nous faisons mettre le malade au repos, nous supprimons les grands lavages, et nous faisons prendre au malade du lait, de l'eau de Vichy en grande quantité et des bains prolongés.

L'état s'améliore, les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de recourir aux instillations de nitrate d'argent.

Le 22 décembre, c'est-à-dire environ après dix jours d'infection, apparition de cordons rouges, saillants, au ni-

veau de la base du gland; presque en même temps, œdème très accentué du prépuce et de toute la verge; le malade ne peut plus découvrir le gland.

Il y a un peu de rougeur au niveau des cordons enflammés et durs; en palpant légèrement la verge, on sent très nettement une induration que l'on délimite facilement, mobile sur les plans profonds, et qui répond à la veine dorsale superficielle. D'ailleurs à ce moment, les veines de la verge sont dilatées et saillantes, et surtout la veine enflammée.

Nous faisons le diagnostic de phlébite de la veine dorsale due à l'infection gonococcienne, nous basant sur la description que nous en avions lue dans l'ouvrage de Guiard. Nous pensons qu'il ne s'agit pas de lymphangite à cause de la netteté dans les limites de l'induration et à cause de la dilatation exagérée des veines collatérales et même de la veine dorsale.

Nous conseillons au malade des cataplasmes très chauds, du repos, et des enveloppements ouatés à demeure.

Au bout de quinze jours, l'œdème a un peu diminué; le malade peut assez facilement découvrir le gland; mais les cordons durs persistent.

Nous ordonnons alors des grands lavages de permanganate au 4/1000°. Nous en faisons un ou deux nous-mêmes au malade, de façon à éviter qu'il ne se produise à nouveau de l'infection vésicale.

Les premiers jours de février, le suintement disparaît; je fais cesser les lavages; au bout de deux ou trois jours, il reparaît un suintement, le matin seulement. Nous faisons quatre instillations de protargol qui font complètement disparaître et d'une façon persistante, tout suintement.

Mais l'œdème de la verge, tout en diminuant, persiste encore, en même temps que l'induration sur le trajet de la veine, sur une longueur seulement de 3 centimètres environ.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade il y a un mois environ, c'est-à-dire un an après le début de son affec-

tion. Il nous dit qu'il est complètement guéri, mais qu'il a conservé pendant 6 semaines environ après la cessation du traitement un peu d'œdème de la verge, qui a ensuite disparu en même temps que l'induration.

On voit que, chez ce malade, cette complication n'a pas assombri le pronostic, et en somme, sauf la douleur qui était à peine accentuée, il présentait bien l'aspect clinique que nous décrivions au début de ce travail.

Si nous n'avions pas eu l'attention portée du côté de la phlébite blennorrhagique des veines de la verge par la lecture de l'ouvrage de Guiard, peut-être n'aurions-nous pas fait le diagnostic, et aurions-nous pensé à de la simple lymphangite dorsale.

OBSERVATION IX

Payenneville. — THROMBOPHLÉBITE BLENNORRHAGIQUE D'UNE DES VEINES SUPERFICIELLES DE LA VERGE

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. I, n° 8, 1908, p. 611).

A la fin de décembre 1907, M. P..., âgé de 23 ans, vint nous consulter pour une blennorrhagie, l'écoulement datant du matin même. Mais la veille, le malade était allé consulter le confrère qui le soigne depuis son enfance, parce qu'il avait une sensation de cuisson dans le canal, et une petite grosseur du volume d'un grain de plomb, douloureuse, située sur le côté droit du frein, à la base du gland. Le confrère n'avait pas constaté d'écoulement et avait pensé que cette petite grosseur était une « chancrelle ». Le malade nous répète textuellement la consultation du confrère.

Nous trouvons un écoulement purulent assez abondant, dont nous pratiquons instantanément l'examen microscopi-

que. Nous constatons de nombreux gonocoques intra-cellulaires.

Il s'agit donc bien d'une blennorrhagie au début.

Nous examinons ensuite la petite grosseur que nous signale le malade, et nous sommes frappés d'abord de la dilatation veineuse exagérée de toutes les veines de la verge; elles sont, comme nous le disions précédemment, turgescentes, comparables à des veines injectées au suif dans une préparation anatomique.

De plus, il y a une grosseur juste au niveau d'un petit coude d'une veinule qui longe le frein, à droite; on voit littéralement le caillot par transparence, la peau étant très mince à ce niveau.

En outre cette petite grosseur est extrêmement douloureuse, et rien que de retirer le prépuce de sur le gland occasionne une douleur très vive.

Enfin il y a un gonflement de toute la verge, qui est comme à demi en érection, et, particularité intéressante à noter, ce petit noyau repose sur une base dure, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Mais cette induration en est distincte. Ceci est tout à fait en faveur de l'hypothèse pathogénique émise par Voss, voyant à l'origine de la phlébite une lymphangite périvasculaire.

Nous conseillons au malade le repos, des cataplasmes chauds trois fois par jour, et des lavages du gland à l'eau blanche.

Au bout de 4 ou 5 jours, la douleur diminue, en même temps que l'induration disparaît complètement, et il ne reste plus que la petite tumeur arrondie roulant sous le doigt.

Nous pensons bien qu'il ne peut s'agir que d'une thrombophlébite de la veine longeant le frein. Nous retrouvons, en effet, tous les symptômes et surtout cette dilatation veineuse qui, elle, persiste et est encore plus accentuée qu'au début.

Sur ces entrefaites, le malade revoit son médecin habituel, qui pense à l'existence d'un chancre syphilitique nain à cause de l'induration.

Le malade effaré vient nous retrouver dans un état de démoralisation intense, nous suppliant de le rassurer. Nous affirmons notre premier diagnostic qui pour nous ne fait aucun doute. Enfin nous sommes assez heureux pour rassurer complètement notre malade.

En effet, malgré notre désir de ne pas contredire le diagnostic de notre confrère, en présence de la lésion qui n'était nullement ulcéreuse et ne présentait pas l'aspect d'un chancre, devant l'absence de toute réaction ganglionnaire, et étant donné surtout la chronologie des accidents, nous ne pouvions accepter le diagnostic de chancre syphilitique. Disons d'ailleurs que voilà deux mois que nous observons le malade et il n'a jamais présenté le moindre accident qui puisse un instant faire penser à la syphilis.

Depuis, le malade a présenté à trois reprises des atteintes de cystite dont nous avons eu raison à chaque fois par des instillations au nitrate d'argent.

Actuellement, l'écoulement est presque complètement terminé, mais la petite grosseur persiste et surtout la dilatation veineuse qui est aussi marquée que le premier jour, et en même temps il y a un léger gonflement de la verge.

Ce cas se rapproche du précédent dans l'ensemble, mais s'en distingue par certains détails; d'abord par la date d'apparition, puisque la phlébite est survenue avant l'écoulement; mais en questionnant le malade, il nous dit que depuis quinze jours il avait des sensations de picotements et de démangeaisons dans le canal, et cela à la suite d'un rapport qu'il avait des raisons de suspecter et qui remontait environ à 3 semaines.

Pendant 5 ou 6 jours avant, il avait fait quelques excès génitaux. Y avait-il eu infection trois semaines avant, et ces derniers excès ont-ils réveillé, cette infection qui aurait

existé à l'état latent? c'est une simple hypothèse qui expliquerait plus facilement la production de la phlébite.

Enfin il faut noter chez ce malade l'acuité de la douleur, et l'extrême dilatation vasculaire.

L'évolution de cette complication chez notre malade est encore une preuve en faveur de sa bénignité.

OBSERVATION X

Payenneville

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. I, n° 8, 1908, p. 613).

Cees derniers temps, un de nos amis nous rapportait le cas d'un étudiant en médecine qu'il avait eu l'occasion de voir il y a 4 ou 5 ans.

C'était un jeune homme de 23 ans, qui, au cours d'une blennorrhagie, avait présenté des complications de cystite et d'épididymite.

Puis, vers la troisième semaine, il avait présenté une phlébite de la veine dorsale de la verge qui avait amené un gonflement assez accentué de toute la verge. Ce gonflement avait persisté trois semaines, un mois.

Notre ami était à cete époque interne en pharmacie à Paris, et avait entendu porter le diagnostic de phlébite de la veine dorsale. Il n'a pu nous donner d'autres renseignements, mais nous a ajouté qu'il avait entendu dire par le médecin qui soignait cet étudiant que c'était une complication extrêmement rare; cette réflexion nous porte à croire que le diagnostic avait été discuté et devait être exact.

D'ailleurs les quelques renseignements fournis rétrospectivement rentrent tout à fait dans notre description. Néanmoins nous ne la publions que pour mémoire et avec certaines réserves.

OBSERVATION XI

Inédite; cas observé avec M. Jacoulet,
Interne des Hôpitaux

Un cas de thrombo-phlébite blennorrhagique de la veine dorsale de la verge.

B., étudiant en médecine, 22 ans.

Le 11 mai 1908, coït suspect, et, le 15 mai, apparaissent les premiers symptômes d'une uréthrite blennorrhagique typique : le malade a une sensation de brûlure dans le canal, et la pression exercée sur l'urèthre d'arrière en avant ramène au méat une goute de pus.

Les jours suivants, les phénomènes locaux s'accentuent, la douleur à la miction est très vive, l'écoulement purulent très abondant.

En même temps, apparition de phénomènes généraux : fièvre, frissons, malaise général, qui obligent le malade à garder le lit.

Le 26 mai, le malade ressent de vives douleurs au niveau de la racine de la verge ; à la fin de la miction, qui est toujours extrêmement douloureuse, apparition de quelques gouttes de sang.

Le 28 mai, c'est-à-dire dix-huit jours après le début de l'uréthrite, apparition d'un œdème de la verge, sur lequel le malade attire notre attention. Cet œdème a débuté au prépuce, mais il a gagné progressivement la racine de la verge ; il est impossible de découvrir le gland.

Cet œdème est assez mou, peu douloureux ; la peau présente sa coloration normale, on ne voit pas de traînées lymphangitiques, il n'y a pas d'adénite inguinale.

Le 29 mai, à la face dorsale de la verge, sur la ligne

médiane et sur un trajet correspondant à celui de la veine dorsale superficielle de la verge, apparaît un cordon induré qu'il est facile de palper à travers la peau œdématiée. Ce cordon induré, qui est évidemment constitué par la veine thrombosée, est mobile sur les plans profonds, peu douloureux. A la face inférieure de la verge où l'œdème est moins marqué, on voit des veines distendues, saillantes, mais ne donnant pas la sensation de cordon induré.

Le traitement consiste en repos au lit, pansements humides chauds, bains de verge.

Le 30 mai, les mêmes symptômes persistent ; l'uréthrite est toujours aussi intense, avec quelques gouttes de sang à la fin de la miction.

Le 31 mai, il se produit une amélioration notable ; l'abondance de l'écoulement est moindre, les douleurs sont tolérables.

L'œdème de la verge a diminué, il s'est localisé au prépuce. Celui-ci ne peut être ramené en arrière du gland ; en examinant soigneusement l'orifice préputial, on voit une petite ulcération lenticulaire et peu profonde.

Par contre, on sent toujours un cordon induré à la face dorsale de la verge.

Les jours suivants, l'amélioration persiste.

Le 7 juin, il se produit une nouvelle poussée d'uréthrite : l'écoulement devient plus abondant, les douleurs reparaissent.

En même temps, l'œdème augmente et s'étend à toute la verge. A aucun moment, on ne note d'adénite inguinale.

Le 10 juin, ces phénomènes s'amendent. L'œdème disparaît progressivement, mais il persiste encore un cordon induré médian. L'orifice préputial est toujours un peu ulcéré.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'uréthrite

s'améliore notablement, et on peut espérer une guérison prochaine et complète.

Connaissant le travail récent de Payenneville sur les phlébites et les trombo-phlébites blennorrhagiques des veines de la verge, nous avons pu porter sans peine, chez notre malade, le diagnostic de phlébite de la veine dorsale de la verge.

Il ne s'agissait évidemment pas d'œdème lymphangitique de la verge ; l'absence de toute rougeur de la peau, l'absence des traînées lymphangitiques, d'adénite inguinale, militaient contre le diagnostic de lymphangite.

Au contraire, l'apparition d'un œdème blanc, peu douloureux, ayant débuté par l'extrémité de la verge, l'existence d'un cordon induré à la face dorsale de l'organe, sur le trajet de la veine dorsale étaient des signes nettement en faveur de la phlébite.



CONCLUSIONS

I. Au cours de la blennorrhagie, on peut voir survenir la thrombophlébite des veines de la verge : tantôt ce sont les veines superficielles, tantôt ce sont les veines profondes qui sont atteintes.

II. Cette complication est rare. Mais il est bien probable qu'elle a dû souvent être méconnue, la phlébite des veines dorsales de la verge en imposant généralement pour une lymphangite.

III. L'oblitération des veines de la verge peut se faire par un double mécanisme : endophlébite consécutive elle-même à une lymphangite périvasculaire (thrombose superficielle), et thrombose rétrograde des veines du pénis (thrombose profonde).

IV. Les symptômes varient suivant que la phlébite est superficielle ou profonde. Dans le cas de phlébite profonde, phlébite suppurée, la gangrène de la verge est la conséquence de l'oblitération veineuse. Dans les phlébites superficielles, au contraire, les

symptômes cardinaux sont l'œdème, l'apparition d'un cordon induré, et la circulation collatérale.

V. Le pronostic, bénin dans les phlébites superficielles, est grave dans les phlébites profondes, non seulement au point de vue fonctionnel, mais encore au point de vue vital.

VI. Le diagnostic de phlébite profonde consiste à faire le diagnostic de la cause de la gangrène. Dans les phlébites superficielles, le diagnostic le plus difficile est à faire avec la lymphangite.

VII. Le traitement, purement symptomatique dans les phlébites superficielles, devra, au contraire, être énergique dans les phlébites profondes. Les incisions précoces des corps caverneux pourront enrayer les lésions de gangrène.

Vu : *Le Président de thèse,*
P. SEGOND.

Vu : *Le Doyen,*
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

DESRUELLES. — Lettres et Traité des maladies vénériennes, 1836, p. 512.

DESRUELLES. — De la blennorrhagie uréthrale, Paris, 1854, p. 275.

RICORD. — *Gazette des Hopitaux*, 1847, p. 270.

GOURIET. — *Gazette des Hopitaux*, 1860, p. 178, s. q., cité par Demarquay, p. 188.

DEMARQUAY. — Maladies chirurgicales du pénis, Paris, 1877, p. 178, s. g.

RICHET. — In Guiard.

VOILLEMIER. — *Ibid.*

NOGUEZ. — Phlébite des plexus prostatiques, *Ann. des Maladies génito-urinaires*, mai 1891.

KÖHLER. — Gangren des pénis veranlasst durch prostatabces, *Charité-Ann.*, 1891, t. XV, p. 514, et *Centralblatt für Chir.*, 1891, n° 13, p. 270.

GUÉPIN. — Les veines de la prostate, *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1897, p. 305.

GUIARD. — Complications de la blennorrhagie, 1898, p. 33.

ESPAGNAC. — Phlébite blennorrhagique, *Thèse de Paris*, 1896.

D'ACHEUX. — Phlébite blennorrhagique, *Thèse de Paris*, 1897-98, n° 479.

GOUGET. — Phlébite blennorrhagique, *Presse médicale*, 1895.

BATUT. — Phlébite blénnorrhagique; Gangrène partielle de la verge. *Lyon médical*, n° 17, 1900, et *Archives de médecine*, t. II, p. 319, 1900.

SASSERATH. — Thrombophlebitis gonorrhoïca, *Diss. méd.*, Berlin, 1904.

HELLER. — Uber phlebitis gonorrhoïca, *Berl. Klin Wochen*, n° 23, 1904.

VOSS. — Thrombophlebitis gonorrhoïca, *Dermat-Zeitsch, Berlin*, 1905, XII, p. 83.

JADASSOHN. — « Die deutsche klinik am Eingange des zwantzigsten Jahrhunderts » *in academische Vorlesung von Leyden ünd Klemperer*, Berlin, 1906, t. X.

JULLIEN. — La blennorrhagie, Paris, 1906, p. 75.

WAELSCH. — De l'induration plastique des corps caverneux, *Münch, Med. Woch.*, 1906, n° 41.

NEUMARK. — De l'induration plastique des corps caverneux, *Berl. Klin. Woch.*, 1906, n° 46.

PAYENNEVILLE. — Thrombophlébite des veines de la verge. *Ann. des maladies génito-urinaires*, 1908, n° 8.

TÉDENAT et MARTIN. — Inflammation gangréneuses du pénis, *Arch. gén. chir.* août 1909.

MERLE. — Gangrène de la verge, *Annales des maladies vénériennes*, mars 1909, n° 3.

ZESAS. — Phlébite blennorrhagique, *Arch. gén. chir.*, juillet 1909.

POIRIER. — Traité d'anatomie; Organes génitaux de l'homme. Delbet.

TABLE DES MATIÈRES

Imprimerie spéciale H. CHACORNAC
9, rue de l'Éperon — Paris